N° 82-003-X au catalogue
ISSN 1209-1375

Rapports sur la santé

# L'écart entre les taux de blessure chez les Autochtones et la population générale de la Colombie-Britannique diminue-t-il?

par M. Anne George, Andrew Jin, Mariana Brussoni et Christopher E. Lalonde

Date de diffusion : le 21 janvier 2015

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

## Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

**Courriel à** infostats@statcan.gc.ca

**Téléphone** entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros sans frais suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-877-287-4369

**Programme des services de dépôt**

- Service de renseignements 1-800-635-7943
- Télécopieur 1-800-565-7757

## Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « À propos de nous » > « Notre organisme » > « Offrir des services aux Canadiens »

## Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, ses entreprises, ses administrations et les autres établissements. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

## Signes conventionnels dans les tableaux

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

| | |
|---|---|
| . | indisponible pour toute période de référence |
| .. | indisponible pour une période de référence précise |
| ... | n'ayant pas lieu de figurer |
| 0 | zéro absolu ou valeur arrondie à zéro |
| $0^s$ | valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie |
| $^p$ | provisoire |
| $^r$ | révisé |
| x | confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique* |
| $^E$ | à utiliser avec prudence |
| F | trop peu fiable pour être publié |
| * | valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05) |

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2015

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada.

**Une** version HTML **est aussi disponible.**

*This publication is also available in English.*

# L'écart entre les taux de blessure chez les Autochtones et la population générale de la Colombie-Britannique diminue-t-il?

*par M. Anne George, Andrew Jin, Mariana Brussoni et Christopher E. Lalonde*

## Résumé

**Contexte**
Selon des données provenant de diverses juridictions territoriales, les populations autochtones affichent des taux de blessure plus élevés que les non autochtones. La présente étude donne un aperçu des tendances des taux d'hospitalisation pour blessure chez la population autochtone et la population totale d'une province du Canada, la Colombie-Britannique.

**Données et méthodes**
Les enregistrements de sortie de l'hôpital pour la période allant de 1986 à 2010 ont été extraits des bases de données couplées sur les soins de santé tenues par Population Data BC. Les taux bruts et les risques relatifs standardisés d'hospitalisation pour blessure ont été calculés pour la population autochtone comparativement à la population totale de la Colombie-Britannique. Les variations au cours du temps chez les hommes et chez les femmes ont été comparées pour divers types et causes de blessure.

**Résultats**
Au cours des quelque 20 dernières années, le risque relatif standardisé d'hospitalisation pour blessure a diminué chez la population autochtone ainsi que la population totale de la Colombie-Britannique. Les réductions plus importantes observées pour la population autochtone que pour la population totale donnent à penser que les écarts s'amenuisent. Une tendance à la baisse des taux a été constatée pour la plupart des catégories de blessures, tant chez les hommes que chez les femmes.

**Interprétation**
Les résultats indiquent que l'écart diminue entre les taux de blessure observés pour la population totale et la population autochtone de la Colombie-Britannique.

## Mots-clés
Autochtone, bases de données, services de santé, hospitalisation, indigène, blessure, couplage d'enregistrements médicaux.

## Auteurs
M. Anne George (ageorge@mail.ubc.ca) et Mariana Brussoni travaillent à l'Université de la Colombie-Britannique et au Child and Family Research Institute à Vancouver (Colombie-Britannique). Andrew Jin est conseiller en recherche épidémiologique. Christopher E. Lalonde travaille à l'Université de Victoria, Victoria (Colombie-Britannique).

Des taux de morbidité et de mortalité par blessure plus élevés chez les Autochtones qu'au sein de la population générale ont été signalés en Australie[1,2], en Nouvelle-Zélande[3] et aux États-Unis[4]. De même, des études canadiennes révèlent des écarts à l'échelle nationale[5-7] ainsi qu'à l'échelle régionale, y compris en Ontario[8] et en Colombie-Britannique[9-12], et chez les enfants à Terre-Neuve-et-Labrador[13] et en Alberta[14].

Des différences entre les Autochtones et les non-Autochtones ont également été signalées en ce qui concerne le type et l'issue des blessures. En Colombie-Britannique, les taux d'années potentielles de vie perdues chez les Indiens inscrits (personnes inscrites aux termes de la *Loi sur les Indiens du Canada*) étaient deux à trois fois plus élevés que chez les autres habitants de la province pour le suicide, l'homicide et le décès à la suite d'un accident de véhicule automobile[15]. En Alberta, on a constaté que la prévalence de plusieurs traumatismes était plus élevée chez les Autochtones (tous les peuples indigènes confondus : Premières Nations, Métis et Inuit) que chez les non-Autochtones[16]. Un examen des accidents de véhicules automobiles a révélé que le taux de collisions était deux fois plus élevé chez les Autochtones que pour l'ensemble de la population canadienne[17]. Comme chez les populations non indigènes[18], le sexe masculin était associé à des taux plus élevés de morbidité et de mortalité au sein des collectivités autochtones[7,13,19].

Cependant, une diminution des taux de mortalité par blessure a été constatée pour la population du Canada dans son ensemble au cours de la période allant de 2001 à 2007[19], et pour les Premières Nations, de 1979 à 1993[20]. Chez les Autochtones de la Colombie-Britannique, les taux de mortalité par accident de véhicule automobile ont baissé régulièrement entre 1993 et 2006[12].

Des études réalisées antérieurement au Canada ont fourni des mesures de la prévalence des hospitalisations[5,8,13,21] et des décès[13] à la suite de blessures chez les habitants des réserves indiennes[8,13] et des régions où un pourcentage élevé de la population s'était identifié comme étant Autochtone au recensement[5,21]. Ces résultats sont difficiles à généraliser, parce que les habitants des régions cibles ne sont pas tous autochtones et que l'expérience des Autochtones à l'extérieur des régions cibles est exclue. Une étude en vue de mesurer les années potentielles de vie perdues à cause de diverses catégories de blessures a pu éviter cet écueil grâce au couplage des enregistrements du recensement avec les enregistrements des registres provinciaux des décès pour une cohorte qui s'était identifiée comme étant autochtone au Recensement de 1991[22].

La plupart des études comprenant des comparaisons normalisées selon l'âge et le sexe entre la population autochtone et la population totale du Canada ou d'une province[5,13-17,19-21] ne permettent pas de savoir dans quelle mesure l'écart entre les taux de blessure était attribuable à une proportion plus élevée d'Autochtones résidant dans les régions du Nord, les régions rurales ou les régions éloignées. En fait, une comparaison des taux d'hospitalisation pour blessure entre les habitants des réserves indiennes et les habitants (principalement non autochtones) d'autres petites collectivités du nord de l'Ontario a révélé des écarts plus faibles que ne l'ont fait d'autres travaux de recherche[8].

Outre les travaux menés auparavant par les auteurs de la présente analyse[9-11], une étude antérieure du décès prématuré chez les Indiens inscrits de la Colombie-Britannique[15] s'est appuyée sur le programme d'assurance-maladie universel de la province[23] comme registre de la population, et comportait l'identification des Autochtones (au sein de la population et parmi les décès) par couplage d'enregistrements exécuté en se basant sur la combinaison du groupe de prime d'assurance, du statut d'Indien, et des mentions dans les enregistrements de naissance et de décès. Cette méthode a été appliquée pour l'analyse courante, en y apportant deux améliorations. Premièrement, l'accent est mis sur les hospitalisations, qui représentent une plus vaste gamme de blessures que les décès. Deuxièmement, les taux d'hospitalisation pour blessure chez la population autochtone et la population totale de la Colombie-Britannique sont normalisés non seulement selon l'âge et le sexe, mais aussi selon la région de la province, et de ce fait tiennent compte des effets de la résidence dans le Nord et du degré d'urbanisation.

La présente mise à jour des différences de taux d'hospitalisation pour blessure entre la population autochtone et la population totale de la Colombie-Britannique selon le sexe et selon le type et la cause de la blessure s'étend sur une plus longue période que les études antérieures.

## Méthodes

Le Behavioural Research Ethics Board de l'Université de la Colombie-Britannique a examiné et approuvé les méthodes utilisées dans la présente analyse. Le gestionnaire des données représentant le ministère de Services de santé de la Colombie-Britannique a approuvé la demande d'accès aux données. Les bases de données existantes, couplées en permanence en utilisant le numéro d'assurance-maladie personnel de la Colombie-Britannique, tenues à jour par Population Data BC (https://www.popdata.bc.ca/data), ont été utilisées pour la présente étude. Population Data BC a anonymisé les enregistrements des clients avant l'analyse.

Des extraits d'un jour des fichiers consolidés d'inscription et de facturation des primes du programme provincial d'assurance-maladie — le Medical Services Plan (MSP) de la Colombie-Britannique — ont été obtenus aux points médians des exercices 1985-1986 à 2010-2011[24]. Le MSP est le meilleur registre disponible de la population de la province. Par exemple, selon le MSP, pour l'exercice 2006-2007, la population de la province se chiffrait à 4 266 070, soit 103,7 % du chiffre (4 113 487) enregistré au Recensement du Canada de 2006. Le léger excès pourrait être attribuable aux personnes qui étaient décédées ou ne résidaient plus dans la province, mais qui n'avaient pas encore été supprimées du registre de l'assurance.

On a considéré comme étant « autochtones » les personnes possédant l'une des caractéristiques suivantes :

- membre du groupe 21 de primes du MSP (primes d'assurance payées par le programme Santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada, en raison du statut d'Indien);
- un parent, ou les deux, possédant le statut d'Indien ou habitant dans une réserve indienne, selon l'enregistrement de naissance couplé de la Statistique de l'état civil;
- statut d'Indien ou habitant d'une réserve, selon l'enregistrement de décès couplé de la Statistique de l'état civil.

En fonction de ces critères, durant l'exercice 2006-2007, 148 458 habitants de la Colombie-Britannique étaient « autochtones », ce qui représente 75,8 % du nombre (196 070) qui se sont identifiés comme étant « un Autochtone, c'est-à-dire Indien de l'Amérique du Nord, Métis ou Inuit (Eskimo) » au Recensement de 2006. La définition d'« autochtone » dans la présente analyse est fondée en grande partie sur l'appartenance au groupe 21 de primes du MSP, auquel ne sont admissibles que les personnes possédant le statut d'Indien légalement reconnu, comme il est défini par la *Loi sur les Indiens du Canada*, et comprend donc principalement les Indiens inscrits. Cette définition a été utilisée pour le numérateur (hospitalisations) et le dénominateur (population).

Statistique Canada définit la « population autochtone » un peu différemment. D'après l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011, la population autochtone s'entend des personnes s'identifiant comme Première Nation, Métis ou Inuit et (ou) qui déclarent être un Indien inscrit ou des traités (c.-à-d. inscrit en vertu de la *Loi sur les Indiens* du Canada) et (ou) qui déclarent être membre d'une Première Nation ou bande indienne.

Les chiffres de population ont été calculés par année, sexe, tranche d'âge de cinq ans, statut d'Autochtone et Health Service Delivery Area (HSDA) (dont le nombre est de 16 en Colombie-Britannique).

Les nombres d'hospitalisations sont fondés sur les enregistrements sommaires de congé correspondant aux sorties de l'hôpital qui ont eu lieu en Colombie-Britannique du 1er janvier 1986 au 31 mars 2010[25]. Une hospitalisation a été considérée comme étant « due à une blessure » si le niveau de soins était de type « courte durée » ou « réadaptation », et que le diagnostic principal dans le dossier de congé correspondait à un code de la Classification internationale des maladies 9e révision (CIM-9) compris dans la

tranche de 800 à 999, ou à un code de la CIM-10 compris dans la tranche de S00 à T98. Les hospitalisations pour blessure ont été classées selon le type (traumatisme, empoisonnement, brûlure ou autre) en se basant sur les codes de diagnostic principal. À partir du 1er avril 1991, les hospitalisations sont également classées selon l'intention et la cause externe, en se basant sur la première occurrence d'un code complémentaire de diagnostic de blessure (code E800 à E999 de la CIM-9, ou code V01 à Y98 de la CIM-10) (tableau A en annexe).

Les hospitalisations pour blessure ont été totalisées par type de blessure, catégorie d'intention et de cause externe de la blessure, année civile de la sortie de l'hôpital, sexe, tranche d'âge de cinq ans, statut d'Autochtone et HSDA de résidence. Le taux brut d'hospitalisation pour blessure a été calculé comme étant le nombre de sorties de l'hôpital divisé par le nombre d'années-personnes d'observation (la somme des chiffres annuels de population multipliée par la fraction de chaque année incluse dans la période d'observation). Le taux brut a été considéré comme étant une proportion binomiale; les erreurs-types et les intervalles de confiance à 95 % ont été estimés en conséquence. Le risque relatif standardisé (RRS) d'hospitalisation a été calculé par rapport au risque chez la population totale combinée de la Colombie-Britannique durant la période d'observation spécifiée (95 071 843 de 1986 à 2010, ou 78 256 306 de 1991 à 2010), en appliquant la méthode de normalisation indirecte[26] sur le sexe, la tranche d'âge de cinq ans et la HSDA.

La variation cumulée du RRS au cours du temps a été évaluée comme étant la variation relative entre la première et la dernière année de la période d'observation, soit $(RRS_2/RRS_1) - 1$. Pour faciliter les comparaisons, la variation relative sur une période de plusieurs années a été convertie en une variation annualisée :

$$\left(\frac{RRS_2}{RRS_1}\right)^{1/(t_2-t_1)} - 1$$

La tendance du RRS a été évaluée par analyse des séries temporelles, en utilisant la procédure Forecasting de IBM SPSS Statistics 19[27]. La procédure détermine automatiquement le modèle autorégressif à moyenne mobile intégrée (ARIMA) ou le modèle de lissage exponentiel le mieux ajusté pour la série de variables dépendantes et produit des prévisions avec intervalle de confiance (IC). Le RRS a été prévu pour 2014; la variation de la prévision a été calculée par rapport au RRS de 2010.

## Résultats

Les taux bruts et les RRS d'hospitalisation pour blessure, de 1986 à 2010, normalisés par tranche d'âge de cinq ans, sexe, et HSDA, sont présentés pour la

**Tableau 1**
**Sorties de l'hôpital consécutives à une blessure, par année civile, population autochtone, Colombie-Britannique, 1986 à 2010†**

| Année | Années-personnes‡ | Observées§ | Prévues¶ | Taux brut (pour 10 000 années-personnes) | Intervalle de confiance à 95 % | | Risque relatif standardisé** | Intervalle de confiance à 95 % | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | de | à | | de | à |
| 1986 | 93 384 | 3 279 | 975 | 351 | 340 | 363 | 3,36 | 3,16 | 3,58 |
| 1987 | 96 252 | 3 259 | 1 007 | 339 | 327 | 350 | 3,24 | 3,04 | 3,44 |
| 1988 | 99 507 | 3 244 | 1 044 | 326 | 315 | 337 | 3,11 | 2,93 | 3,30 |
| 1989 | 102 607 | 3 375 | 1 077 | 329 | 318 | 340 | 3,13 | 2,95 | 3,33 |
| 1990 | 104 866 | 3 264 | 1 096 | 311 | 301 | 322 | 2,98 | 2,81 | 3,16 |
| 1991 | 108 471 | 3 162 | 1 131 | 292 | 282 | 302 | 2,80 | 2,64 | 2,96 |
| 1992 | 111 758 | 3 231 | 1 165 | 289 | 279 | 299 | 2,77 | 2,62 | 2,94 |
| 1993 | 116 061 | 3 094 | 1 209 | 267 | 257 | 276 | 2,56 | 2,42 | 2,71 |
| 1994 | 119 614 | 2 995 | 1 239 | 250 | 242 | 259 | 2,42 | 2,29 | 2,55 |
| 1995 | 122 026 | 2 881 | 1 255 | 236 | 228 | 245 | 2,30 | 2,17 | 2,42 |
| 1996 | 124 891 | 2 755 | 1 285 | 221 | 213 | 229 | 2,14 | 2,03 | 2,26 |
| 1997 | 126 909 | 2 771 | 1 309 | 218 | 210 | 227 | 2,12 | 2,01 | 2,23 |
| 1998 | 128 332 | 2 650 | 1 323 | 206 | 199 | 214 | 2,00 | 1,90 | 2,11 |
| 1999 | 128 945 | 2 506 | 1 330 | 194 | 187 | 202 | 1,88 | 1,79 | 1,99 |
| 2000 | 130 683 | 2 581 | 1 345 | 198 | 190 | 205 | 1,92 | 1,82 | 2,02 |
| 2001 | 133 025 | 2 416 | 1 369 | 182 | 175 | 189 | 1,76 | 1,67 | 1,86 |
| 2002 | 135 727 | 2 262 | 1 397 | 167 | 160 | 174 | 1,62 | 1,54 | 1,71 |
| 2003 | 139 955 | 2 242 | 1 445 | 160 | 154 | 167 | 1,55 | 1,47 | 1,63 |
| 2004 | 142 881 | 2 254 | 1 477 | 158 | 151 | 164 | 1,53 | 1,45 | 1,60 |
| 2005 | 145 834 | 2 205 | 1 511 | 151 | 145 | 158 | 1,46 | 1,39 | 1,53 |
| 2006 | 148 458 | 2 213 | 1 542 | 149 | 143 | 155 | 1,44 | 1,37 | 1,51 |
| 2007 | 151 609 | 2 390 | 1 576 | 158 | 151 | 164 | 1,52 | 1,44 | 1,59 |
| 2008 | 154 876 | 2 218 | 1 610 | 143 | 137 | 149 | 1,38 | 1,31 | 1,45 |
| 2009 | 158 252 | 2 186 | 1 648 | 138 | 132 | 144 | 1,33 | 1,26 | 1,39 |
| 2010 | 39 871 | 493 | 417 | 124 | 113 | 135 | 1,18 | 1,08 | 1,30 |

† durant la période d'observation : du 1er janvier 1986 au 31 mars 2010
‡ chiffre de population annuel multiplié par la fraction de l'année incluse dans la période d'observation
§ nombre observé de sorties de l'hôpital (soins de courte durée ou de réadaptation)
¶ nombre prévu, normalisé indirectement, en se basant sur les taux par âge, sexe et HSDA dans la population totale de la Colombie-Britannique durant la période d'observation complète
** comparé à la population totale de la Colombie-Britannique durant la même période d'observation = Observé/prévu
**Sources :** Population Data BC; Medical Services Plan de la C.-B.

population autochtone au tableau 1 et pour la population totale de la Colombie-Britannique au tableau 2. La population de référence est la population totale combinée de la Colombie-Britannique durant la période complète (1986 à 2010). Donc, pour la population totale de la Colombie-Britannique, le RRS durant une année particulière peut être supérieur ou inférieur à 1, mais la moyenne des RRS sur toutes les années est égale à 1.

Chaque année de 1986 à 2010, le taux brut et le RRS d'hospitalisation pour blessure étaient plus élevés chez la population autochtone (tableau 1) que pour la population totale (tableau 2). Cependant, tout au long de la période, le taux brut et le RRS ont diminué continuellement et considérablement chez les deux populations. Comme les données ont été normalisées selon l'âge, le sexe et la HSDA, les réductions observées sont réelles et non pas attribuables à des changements démographiques ou à une redistribution géographique de la population au cours du temps.

Les taux bruts et les RRS d'hospitalisation pour blessure observés pour la première et la dernière année de la période sont présentés pour la population autochtone au tableau 3 et pour la population totale de la Colombie-Britannique au tableau 4. Les taux bruts d'hospitalisation pour blessure étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes, et la réduction de ces taux était importante chez les membres des deux sexes, ainsi que pour la population autochtone et la population totale. En 1986, le RRS d'hospitalisation pour blessure des femmes autochtones (par rapport aux femmes de la population de référence) était plus élevé que celui des hommes autochtones (par rapport aux hommes de la population de référence), mais en 2010, cet écart entre les hommes et les femmes avait pratiquement disparu (tableau 3).

Dans presque chaque catégorie principale de blessures, le taux brut et le RRS d'hospitalisation pour blessure étaient plus élevés pour la population autochtone que pour la population totale. Cependant, depuis 1986 (ou 1991 pour les blessures classées selon l'intention et la cause externe), les diminutions du taux brut et du RRS ont été importantes chez les deux populations (tableaux 3 et 4).

Le tableau 5 donne les variations relatives du RRS d'hospitalisation pour blessure entre 1986 et 2010 chez la population autochtone et la population totale de la Colombie-Britannique selon le sexe et la catégorie principale de *type* de blessure. Le RRS d'hospitalisation tous *types* de blessures confondus a diminué de 64,8 % (variation annualisée de -4,3 %; IC à 95 % : -4,7 % à -3,8 %) chez la population autochtone et de 52,6 % (variation annualisée de -3,1 %; IC à 95 % : -3,1 % à -3,0 %) pour la population totale, écart qui était statistiquement significatif ($p < 0,001$, test bilatéral). Chez les hommes autochtones, la diminution était de 63,2 %, comparativement à 57,0 % pour l'ensemble des hommes de la Colombie-Britannique ($p = 0,048$, test bilatéral). Chez les femmes, les diminutions correspondantes étaient de 67,1 % et 47,0 %, respectivement ($p < 0,001$, test bilatéral).

Pour les traumatismes, la catégorie de *type* de blessure la plus importante,

**Tableau 2**
**Sorties de l'hôpital consécutives à une blessure, par année civile, Colombie-Britannique, 1986 à 2010†**

| Année | Années-personnes‡ | Observées§ | Prévues†† | Taux brut (pour 10 000 années-personnes) | Intervalle de confiance à 95 % | | Risque relatif standardisé‡‡ | Intervalle de confiance à 95 % | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | de | à | | de | à |
| 1986 | 3 088 792 | 42 700 | 30 021 | 138 | 137 | 140 | 1,42 | 1,41 | 1,44 |
| 1987 | 3 121 318 | 44 380 | 30 457 | 142 | 141 | 144 | 1,46 | 1,44 | 1,47 |
| 1988 | 3 165 022 | 43 717 | 30 809 | 138 | 137 | 139 | 1,42 | 1,40 | 1,43 |
| 1989 | 3 245 277 | 42 462 | 31 532 | 131 | 130 | 132 | 1,35 | 1,33 | 1,36 |
| 1990 | 3 339 763 | 43 202 | 32 400 | 129 | 128 | 131 | 1,33 | 1,32 | 1,35 |
| 1991 | 3 421 459 | 42 411 | 33 213 | 124 | 123 | 125 | 1,28 | 1,26 | 1,29 |
| 1992 | 3 515 345 | 42 726 | 34 151 | 122 | 120 | 123 | 1,25 | 1,24 | 1,26 |
| 1993 | 3 649 925 | 43 573 | 35 443 | 119 | 118 | 120 | 1,23 | 1,22 | 1,24 |
| 1994 | 3 771 519 | 42 187 | 36 700 | 112 | 111 | 113 | 1,15 | 1,14 | 1,16 |
| 1995 | 3 856 183 | 41 109 | 37 592 | 107 | 106 | 108 | 1,09 | 1,08 | 1,10 |
| 1996 | 3 959 300 | 39 830 | 38 699 | 101 | 100 | 102 | 1,03 | 1,02 | 1,04 |
| 1997 | 4 040 687 | 39 769 | 39 594 | 98 | 97 | 99 | 1,00 | 0,99 | 1,01 |
| 1998 | 4 087 714 | 38 336 | 40 201 | 94 | 93 | 95 | 0,95 | 0,94 | 0,96 |
| 1999 | 4 115 601 | 38 021 | 40 689 | 92 | 91 | 93 | 0,93 | 0,93 | 0,94 |
| 2000 | 4 114 815 | 38 016 | 40 829 | 92 | 91 | 93 | 0,93 | 0,92 | 0,94 |
| 2001 | 4 160 615 | 35 417 | 41 424 | 85 | 84 | 86 | 0,85 | 0,85 | 0,86 |
| 2002 | 4 211 443 | 33 853 | 42 155 | 80 | 80 | 81 | 0,80 | 0,80 | 0,81 |
| 2003 | 4 285 095 | 33 967 | 43 061 | 79 | 78 | 80 | 0,79 | 0,78 | 0,80 |
| 2004 | 4 335 962 | 34 734 | 43 718 | 80 | 79 | 81 | 0,79 | 0,79 | 0,80 |
| 2005 | 4 383 639 | 34 736 | 44 397 | 79 | 78 | 80 | 0,78 | 0,78 | 0,79 |
| 2006 | 4 414 528 | 35 557 | 44 939 | 81 | 80 | 81 | 0,79 | 0,78 | 0,80 |
| 2007 | 4 476 436 | 35 174 | 45 786 | 79 | 78 | 79 | 0,77 | 0,76 | 0,78 |
| 2008 | 4 546 001 | 35 417 | 46 663 | 78 | 77 | 79 | 0,76 | 0,75 | 0,77 |
| 2009 | 4 607 365 | 34 989 | 47 465 | 76 | 75 | 77 | 0,74 | 0,73 | 0,74 |
| 2010 | 1 158 039 | 8 068 | 11 970 | 70 | 68 | 71 | 0,67 | 0,66 | 0,69 |

† durant la période d'observation : du 1er janvier 1986 au 31 mars 2010
‡ chiffre de population annuel multiplié par la fraction de l'année incluse dans la période d'observation
§ nombre observé de sorties de l'hôpital (soins de courte durée ou de réadaptation)
†† nombre prévu, normalisé indirectement, en se basant sur les taux par âge, sexe et HSDA dans la population totale de la Colombie-Britannique durant la période d'observation complète
‡‡ comparé à la population totale de la Colombie-Britannique durant la même période d'observation = Observé/prévu
**Sources :** Population Data BC; Medical Services Plan de la C.-B.

**Tableau 3**
**Sorties de l'hôpital consécutives à une blessure, par année civile et catégorie de blessure, population autochtone, Colombie-Britannique, 1986 ou 1991 à 2010**

| Catégorie de blessure | Années-personnes[†] | Observées[‡] | Prévues[§] | Taux brut (pour 10 000 années-personnes) | Intervalle de confiance à 95 % | | Risque relatif standardisé[¶] | Intervalle de confiance à 95 % | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | de | à | | de | à |
| **Toutes blessures confondues** | | | | | | | | | |
| **Total** | | | | | | | | | |
| 1986 | 93 384 | 3 279 | 975 | 351 | 340 | 363 | 3,36 | 3,16 | 3,58 |
| 2010 | 39 871 | 493 | 417 | 124 | 113 | 135 | 1,18 | 1,08 | 1,30 |
| **Hommes** | | | | | | | | | |
| 1986 | 44 432 | 1 738 | 559 | 391 | 374 | 410 | 3,11 | 2,86 | 3,38 |
| 2010 | 19 739 | 275 | 240 | 139 | 124 | 157 | 1,14 | 1,01 | 1,30 |
| **Femmes** | | | | | | | | | |
| 1986 | 47 767 | 1 473 | 387 | 308 | 293 | 324 | 3,81 | 3,45 | 4,20 |
| 2010 | 20 052 | 218 | 174 | 109 | 95 | 124 | 1,25 | 1,08 | 1,45 |
| **Traumatisme** | | | | | | | | | |
| 1986 | 93 384 | 2 465 | 702 | 264 | 254 | 274 | 3,51 | 3,26 | 3,78 |
| 2010 | 39 871 | 320 | 295 | 80 | 72 | 90 | 1,09 | 0,97 | 1,22 |
| **Empoisonnement** | | | | | | | | | |
| 1986 | 93 384 | 466 | 112 | 50 | 46 | 55 | 4,17 | 3,46 | 5,02 |
| 2010 | 39 871 | 77 | 42 | 19 | 15 | 24 | 1,81 | 1,34 | 2,46 |
| **Brûlure** | | | | | | | | | |
| 1986 | 93 384 | 83 | 20 | 8,9 | 7,2 | 11 | 4,23 | 2,71 | 6,67 |
| 2010 | 39 871 | 10 | 8 | 2,5 | 1,3 | 4,7 | 1,26 | 0,62 | 2,70 |
| **Autre type de blessure** | | | | | | | | | |
| 1986 | 93 384 | 265 | 141 | 28 | 25 | 32 | 1,88 | 1,59 | 2,22 |
| 2010 | 39 871 | 86 | 71 | 22 | 17 | 27 | 1,20 | 0,95 | 1,52 |
| **Blessure non intentionnelle** | | | | | | | | | |
| 1991 | 81 353 | 1 802 | 628 | 222 | 212 | 232 | 2,87 | 2,66 | 3,10 |
| 2010 | 39 871 | 370 | 322 | 93 | 84 | 103 | 1,15 | 1,03 | 1,28 |
| **Véhicule de transport (non intentionnelle)** | | | | | | | | | |
| 1991 | 81 353 | 545 | 152 | 67 | 62 | 73 | 3,60 | 3,07 | 4,22 |
| 2010 | 39 871 | 40 | 70 | 10 | 7 | 14 | 0,57 | 0,45 | 0,72 |
| **Accident médical/ chirurgical** | | | | | | | | | |
| 1991 | 81 353 | 221 | 117 | 27 | 24 | 31 | 1,89 | 1,57 | 2,26 |
| 2010 | 39 871 | 83 | 67 | 21 | 17 | 26 | 1,24 | 0,98 | 1,58 |
| **Chute (non intentionnelle)** | | | | | | | | | |
| 1991 | 81 353 | 590 | 205 | 73 | 67 | 79 | 2,88 | 2,51 | 3,30 |
| 2010 | 39 871 | 164 | 112 | 41 | 35 | 48 | 1,47 | 1,22 | 1,77 |
| **Blessure auto-infligée** | | | | | | | | | |
| 1991 | 81 353 | 285 | 60 | 35 | 31 | 39 | 4,74 | 3,68 | 6,11 |
| 2010 | 39 871 | 46 | 25 | 12 | 9 | 15 | 1,81 | 1,22 | 2,68 |
| **Empoisonnement (auto-infligé)** | | | | | | | | | |
| 1991 | 81 353 | 226 | 53 | 28 | 24 | 32 | 4,29 | 3,27 | 5,64 |
| 2010 | 39 871 | 40 | 22 | 10 | 7 | 14 | 1,78 | 1,18 | 2,72 |
| **Infligée intentionnellement par autrui** | | | | | | | | | |
| 1991 | 81 353 | 282 | 43 | 35 | 31 | 39 | 6,54 | 4,85 | 8,84 |
| 2010 | 39 871 | 60 | 19 | 15 | 12 | 19 | 3,23 | 2,04 | 5,15 |

† chiffre de population annuel multiplié par la fraction de l'année incluse dans la période d'observation
‡ nombre observé de sorties de l'hôpital (soins de courte durée ou de réadaptation)
§ nombre prévu, normalisé indirectement, en se basant sur les taux par âge, sexe et HSDA dans la population totale de la Colombie-Britannique durant la période d'observation complète
¶ comparé à la population totale de la Colombie-Britannique durant la même période d'observation = Observé/prévu
**Sources :** Population Data BC; Medical Services Plan de la C.-B.

**Tableau 4**
**Sorties de l'hôpital consécutives à une blessure, par année civile et catégorie de blessure, Colombie-Britannique, 1986 ou 1991 à 2010**

| Catégorie de blessure | Années-personnes[†] | Observées[‡] | Prévues[§] | Taux brut (pour 10 000 années-personnes | Intervalle de confiance à 95 % | | Risque relatif standardisé[††] | Intervalle de confiance à 95 % | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | de | à | | de | à |
| **Toutes blessures confondues** | | | | | | | | | |
| **Total** | | | | | | | | | |
| 1986 | 3 088 792 | 42 700 | 30 021 | 138,0 | 137,0 | 140,0 | 1,42 | 1,41 | 1,44 |
| 2010 | 115 804 | 8 068 | 11 970 | 70,0 | 68,0 | 71,0 | 0,67 | 0,66 | 0,69 |
| **Hommes** | | | | | | | | | |
| 1986 | 1 505 513 | 24 126 | 16 293 | 160,0 | 158,0 | 162,0 | 1,48 | 1,46 | 1,50 |
| 2010 | 573 085 | 4 041 | 6 353 | 71,0 | 68,0 | 73,0 | 0,64 | 0,62 | 0,65 |
| **Femmes** | | | | | | | | | |
| 1986 | 1 555 243 | 17 561 | 12 976 | 113,0 | 111,0 | 115,0 | 1,35 | 1,33 | 1,38 |
| 2010 | 584 475 | 4 024 | 5 605 | 69,0 | 67,0 | 71,0 | 0,72 | 0,70 | 0,74 |
| **Traumatisme** | | | | | | | | | |
| 1986 | 3 088 792 | 31 424 | 20 865 | 102,0 | 101,0 | 103,0 | 1,51 | 1,49 | 1,53 |
| 2010 | 1 158 039 | 5 515 | 8 229 | 48,0 | 46,0 | 49,0 | 0,67 | 0,66 | 0,68 |
| **Empoisonnement** | | | | | | | | | |
| 1986 | 3 088 792 | 3 529 | 2 631 | 11,4 | 11,1 | 11,8 | 1,34 | 1,29 | 1,39 |
| 2010 | 1 158 039 | 626 | 930 | 5,4 | 5,0 | 5,8 | 0,67 | 0,63 | 0,72 |
| **Brûlure** | | | | | | | | | |
| 1986 | 3 088 792 | 806 | 449 | 2,6 | 2,4 | 2,8 | 1,80 | 1,64 | 1,97 |
| 2010 | 1 158 039 | 66 | 146 | 0,6 | 0,4 | 0,7 | 0,45 | 0,38 | 0,53 |
| **Autre type de blessure** | | | | | | | | | |
| 1986 | 3 088 792 | 6 941 | 6 077 | 22,0 | 22,0 | 23,0 | 1,14 | 1,11 | 1,17 |
| 2010 | 1 158 039 | 1 861 | 2 665 | 16,0 | 15,0 | 17,0 | 0,70 | 0,67 | 0,73 |
| **Blessure non intentionnelle** | | | | | | | | | |
| 1991 | 2 566 094 | 29 015 | 20 142 | 113,0 | 112,0 | 114,0 | 1,44 | 1,42 | 1,46 |
| 2010 | 1 158 039 | 7 304 | 9 998 | 63,0 | 62,0 | 65,0 | 0,73 | 0,72 | 0,74 |
| **Véhicule de transport (non intentionnelle)** | | | | | | | | | |
| 1991 | 2 566 094 | 5 943 | 3 567 | 23,2 | 22,6 | 23,8 | 1,67 | 1,61 | 1,72 |
| 2010 | 1 158 039 | 813 | 1 560 | 7,0 | 6,6 | 7,5 | 0,52 | 0,50 | 0,55 |
| **Accident médical/chirurgical** | | | | | | | | | |
| 1991 | 2 566 094 | 6 678 | 4 940 | 26,0 | 25,0 | 27,0 | 1,35 | 1,31 | 1,39 |
| 2010 | 1 158 039 | 1 848 | 2 551 | 16,0 | 15,0 | 17,0 | 0,72 | 0,70 | 0,75 |
| **Chute (non intentionnelle)** | | | | | | | | | |
| 1991 | 2 566 094 | 10 109 | 7 894 | 39,0 | 39,0 | 40,0 | 1,28 | 1,25 | 1,31 |
| 2010 | 1 158 039 | 3 561 | 4 268 | 31,0 | 30,0 | 32,0 | 0,83 | 0,81 | 0,86 |
| **Blessure auto-infligée** | | | | | | | | | |
| 1991 | 2 566 094 | 1 770 | 1 293 | 6,9 | 6,6 | 7,2 | 1,37 | 1,30 | 1,45 |
| 2010 | 1 158 039 | 354 | 544 | 3,1 | 2,8 | 3,4 | 0,65 | 0,60 | 0,71 |
| **Empoisonnement (auto-infligé)** | | | | | | | | | |
| 1991 | 2 566 094 | 1 532 | 1 150 | 6,0 | 5,7 | 6,3 | 1,33 | 1,26 | 1,41 |
| 2010 | 1 158 039 | 322 | 485 | 2,8 | 2,5 | 3,1 | 0,66 | 0,61 | 0,73 |
| **Infligée intentionnellement par autrui** | | | | | | | | | |
| 1991 | 2 566 094 | 1 243 | 918 | 4,8 | 4,6 | 5,1 | 1,35 | 1,27 | 1,44 |
| 2010 | 1 158 039 | 308 | 383 | 2,7 | 2,4 | 3,0 | 0,80 | 0,73 | 0,89 |

† chiffre de population annuel multiplié par la fraction de l'année incluse dans la période d'observation
‡ nombre observé de sorties de l'hôpital (soins de courte durée ou de réadaptation)
§ nombre prévu, normalisé indirectement, en se basant sur les taux par âge, sexe et HSDA dans la population totale de la Colombie-Britannique durant la période d'observation complète
†† comparé à la population totale de la Colombie-Britannique durant la même période d'observation = Observé/prévu
**Sources :** Population Data BC; Medical Services Plan de la C.-B.

**Tableau 5**
**Risque relatif standardisé (RRS) d'hospitalisation pour blessure, selon le sexe et le type de blessure, populations autochtone et totale, Colombie-Britannique, 1986 à 2010**

| Population, sexe, type de blessure | RRS 1986 | RRS 2010 | Variation en % de 1986 à 2010 | p[†] | Variation annuelle en % | Intervalle de confiance à 95 % de | Intervalle de confiance à 95 % à | RRS prévu 2014 | Variation en % de 2010 à 2014 | Variation annuelle en % | Intervalle de confiance à 95 % de | Intervalle de confiance à 95 % à |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Autochtone** | | | | | | | | | | | | |
| **Total** | | | | | | | | | | | | |
| Toutes blessures confondues | 3,36 | 1,18 | -64,8 | 0,000 | -4,3 | -4,7 | -3,8 | 0,82 | -30,7 | -8,8 | -19,1 | -1,1 |
| Traumatisme | 3,51 | 1,09 | -69,1 | 0,000 | -4,8 | -5,3 | -4,2 | 0,68 | -37,2 | -11,0 | -26,9 | -0,8 |
| Empoisonnement | 4,17 | 1,81 | -56,5 | 0,437 | -3,4 | -4,8 | -2,0 | 1,62 | -10,9 | -2,8 | -10,0 | 3,0 |
| Brûlure | 4,23 | 1,26 | -70,2 | 0,697 | -4,9 | -8,1 | -1,6 | 1,06 | -15,7 | -4,2 | -36,3 | 11,1 |
| Autre type de blessure | 1,88 | 1,20 | -35,9 | 0,748 | -1,8 | -3,0 | -0,7 | 1,28 | 6,0 | 1,5 | -8,0 | 8,9 |
| **Hommes** | | | | | | | | | | | | |
| Toutes blessures confondues | 3,11 | 1,14 | -63,2 | 0,048 | -4,1 | -4,7 | -3,5 | 1,07 | -6,9 | -1,8 | -10,6 | 5,2 |
| Traumatisme | 3,15 | 1,08 | -65,9 | 0,103 | -4,4 | -5,1 | -3,7 | 0,73 | -32,2 | -9,3 | -28,0 | 2,1 |
| Empoisonnement | 4,11 | 1,40 | -65,9 | 0,382 | -4,4 | -6,7 | -2,1 | 1,32 | -5,8 | -1,5 | -17,0 | 9,0 |
| Brûlure | 3,70 | 1,38 | -62,8 | 0,442 | -4,0 | -7,8 | -0,1 | 1,05 | -23,6 | -6,5 | -52,5 | 10,2 |
| Autre type de blessure | 2,09 | 1,35 | -35,1 | 0,884 | -1,8 | -3,5 | -0,1 | 1,11 | -18,1 | -4,9 | -16,9 | 3,8 |
| **Femmes** | | | | | | | | | | | | |
| Toutes blessures confondues | 3,81 | 1,25 | -67,1 | 0,000 | -4,5 | -5,2 | -3,8 | 0,83 | -34,0 | -9,9 | -22,6 | -1,0 |
| Traumatisme | 4,21 | 1,12 | -73,4 | 0,000 | -5,4 | -6,3 | -4,5 | 0,61 | -46,0 | -14,3 | -51,3 | 0,6 |
| Empoisonnement | 4,28 | 2,08 | -51,3 | 0,628 | -3,0 | -4,8 | -1,1 | 1,79 | -13,9 | -3,7 | -11,6 | 2,7 |
| Brûlure | 6,00 | 0,95 | -84,2 | 0,601 | -7,4 | -13,4 | -1,0 | 0,75 | -21,3 | -5,8 | .. | 24,3 |
| Autre type de blessure | 1,78 | 1,07 | -39,8 | 0,963 | -2,1 | -3,7 | -0,4 | 1,11 | 3,9 | 1,0 | -13,3 | 10,9 |
| **Totale, Colombie-Britannique** | | | | | | | | | | | | |
| **Total** | | | | | | | | | | | | |
| Toutes blessures confondues | 1,42 | 0,67 | -52,6 | ... | -3,1 | -3,1 | -3,0 | 0,55 | -18,5 | -5,0 | -10,8 | -0,1 |
| Traumatisme | 1,51 | 0,67 | -55,5 | ... | -3,3 | -3,4 | -3,2 | 0,53 | -20,8 | -5,7 | -12,0 | -0,4 |
| Empoisonnement | 1,34 | 0,67 | -49,8 | ... | -2,8 | -3,1 | -2,5 | 0,56 | -16,6 | -4,4 | -14,3 | 3,1 |
| Brûlure | 1,80 | 0,45 | -74,8 | ... | -5,6 | -6,3 | -4,8 | 0,37 | -19,2 | -5,2 | -41,5 | 10,6 |
| Autre type de blessure | 1,14 | 0,70 | -38,9 | ... | -2,0 | -2,2 | -1,8 | 0,62 | -10,6 | -2,8 | -14,0 | 5,6 |
| **Hommes** | | | | | | | | | | | | |
| Toutes blessures confondues | 1,48 | 0,64 | -57,0 | ... | -3,5 | -3,6 | -3,3 | 0,50 | -22,1 | -6,1 | -13,4 | -0,1 |
| Traumatisme | 1,57 | 0,62 | -60,6 | ... | -3,8 | -3,9 | -3,7 | 0,46 | -25,6 | -7,1 | -16,5 | 0,0 |
| Empoisonnement | 1,38 | 0,61 | -55,7 | ... | -3,3 | -3,8 | -2,9 | 0,48 | -21,0 | -5,7 | -15,5 | 1,7 |
| Brûlure | 1,83 | 0,46 | -74,8 | ... | -5,6 | -6,4 | -4,7 | 0,35 | -24,7 | -6,9 | .. | 10,9 |
| Autre type de blessure | 1,14 | 0,71 | -37,1 | ... | -1,9 | -2,2 | -1,7 | 0,64 | -9,8 | -2,6 | -14,0 | 5,8 |
| **Femmes** | | | | | | | | | | | | |
| Toutes blessures confondues | 1,35 | 0,72 | -47,0 | ... | -2,6 | -2,7 | -2,5 | 0,61 | -14,8 | -3,9 | -9,2 | 0,6 |
| Traumatisme | 1,43 | 0,73 | -48,7 | ... | -2,7 | -2,9 | -2,6 | 0,62 | -15,8 | -4,2 | -9,1 | 0,0 |
| Empoisonnement | 1,31 | 0,71 | -45,4 | ... | -2,5 | -2,9 | -2,1 | 0,62 | -13,9 | -3,7 | -16,1 | 5,2 |
| Brûlure | 1,74 | 0,43 | -75,5 | ... | -5,7 | -7,1 | -4,3 | 0,52 | 23,1 | 5,3 | -22,3 | 20,4 |
| Autre type de blessure | 1,14 | 0,68 | -40,4 | ... | -2,1 | -2,4 | -1,9 | 0,60 | -11,3 | -3,0 | -15,9 | 6,2 |

[†] probabilité (test z, bilatéral) que Ln ((RRS 2010)/(RRS 1986)) Autochtone = Ln((RRS 2010)/(RRS 1986)) C.-B.
.. non disponible pour la période de référence particulière
... n'ayant pas lieu de figurer
**Sources :** Population Data BC; Medical Services Plan de la Colombie-Britannique.

**Tableau 6**
**Risque relatif standardisé (RRS) d'hospitalisation pour blessure, selon le sexe et la cause de la blessure, populations autochtone et totale, Colombie-Britannique, 1991 à 2010**

| Population, sexe, cause de la blessure | RRS 1991 | RRS 2010 | Variation en % de 1991 à 2010 | p[†] | Variation annuelle en % Intervalle de confiance à 95 % de | | RRS prévu 2014 | Variation en % de 2010 à 2014 | Variation annuelle en % Intervalle de confiance à 95 % de | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | à | | | | à |
| **Autochtone** | | | | | | | | | | |
| **Total** | | | | | | | | | | |
| Blessure non intentionnelle | 2,87 | 1,15 | -59,9 | 0,001 | -4,7 | -5,4 | -4,0 | 0,79 | -31,5 | -9,0 | -22,7 | 0,3 |
| Véhicule de transport | 3,60 | 0,57 | -84,1 | 0,000 | -9,2 | -10,6 | -7,9 | -0,07 | .. | .. | .. | 9,6 |
| Accident médical/chirurgical | 1,89 | 1,24 | -34,1 | 0,181 | -2,2 | -3,7 | -0,6 | 1,09 | -12,3 | -3,2 | -9,5 | 2,0 |
| Chute | 2,88 | 1,47 | -49,0 | 0,039 | -3,5 | -4,6 | -2,3 | 1,17 | -20,2 | -5,5 | -20,2 | 4,4 |
| Blessure auto-infligée | 4,74 | 1,81 | -61,9 | 0,358 | -5,0 | -7,2 | -2,6 | 1,50 | -16,8 | -4,5 | -15,0 | 3,4 |
| Empoisonnement | 4,29 | 1,78 | -58,5 | 0,479 | -4,5 | -7,0 | -2,0 | 1,59 | -10,8 | -2,8 | -12,8 | 4,8 |
| Infligée intentionnellement par autrui | 6,54 | 3,23 | -50,7 | 0,516 | -3,6 | -6,4 | -0,9 | 3,55 | 10,1 | 2,4 | -7,5 | 10,1 |
| **Hommes** | | | | | | | | | | |
| Blessure non intentionnelle | 2,77 | 1,14 | -58,7 | 0,204 | -4,5 | -5,4 | -3,7 | 1,16 | 1,5 | 0,4 | -7,2 | 6,6 |
| Véhicule de transport | 3,58 | 0,60 | -83,2 | 0,001 | -8,9 | -10,6 | -7,3 | 0,66 | 9,7 | 2,3 | -50,2 | 20,9 |
| Accident médical/chirurgical | 1,49 | 1,44 | -3,2 | 0,011 | -0,2 | -2,4 | 2,1 | 1,39 | -3,7 | -1,0 | -11,5 | 7,0 |
| Chute | 2,64 | 1,62 | -38,9 | 0,969 | -2,6 | -4,2 | -0,9 | 1,40 | -13,4 | -3,5 | -16,7 | 5,8 |
| Blessure auto-infligée | 3,87 | 1,83 | -52,7 | 0,844 | -3,9 | -7,8 | 0,3 | 1,40 | -23,4 | -6,5 | -26,8 | 5,6 |
| Empoisonnement | 2,61 | 1,60 | -38,6 | 0,528 | -2,5 | -7,1 | 2,2 | 1,63 | 2,1 | 0,5 | -24,3 | 14,4 |
| Infligée intentionnellement par autrui | 5,50 | 2,64 | -51,9 | 0,377 | -3,8 | -6,8 | -0,7 | 2,04 | -22,7 | -6,2 | -48,7 | 10,2 |
| **Femmes** | | | | | | | | | | |
| Blessure non intentionnelle | 3,06 | 1,17 | -61,8 | 0,000 | -4,9 | -6,0 | -3,9 | 0,77 | -34,0 | -9,9 | -27,1 | 0,9 |
| Véhicule de transport | 3,63 | 0,51 | -86,1 | 0,001 | -9,9 | -12,1 | -7,5 | 0,14 | -72,6 | -27,6 | .. | 2,8 |
| Accident médical/chirurgical | 2,27 | 1,07 | -53,0 | 0,597 | -3,9 | -6,0 | -1,8 | 1,09 | 1,7 | 0,4 | -9,3 | 7,9 |
| Chute | 3,21 | 1,35 | -57,9 | 0,005 | -4,5 | -6,1 | -2,8 | 0,96 | -29,0 | -8,2 | -35,0 | 5,6 |
| Blessure auto-infligée | 5,15 | 1,79 | -65,2 | 0,224 | -5,4 | -8,2 | -2,5 | 1,55 | -13,3 | -3,5 | -17,9 | 6,4 |
| Empoisonnement | 4,96 | 1,86 | -62,4 | 0,293 | -5,0 | -7,9 | -2,0 | 1,58 | -15,1 | -4,0 | -18,5 | 5,9 |
| Infligée intentionnellement par autrui | 10,86 | 5,76 | -47,0 | 0,814 | -3,3 | -9,4 | 3,3 | 5,27 | -8,5 | -2,2 | -18,6 | 8,6 |
| **Totale, Colombie-Britannique** | | | | | | | | | | |
| Blessure non intentionnelle | 1,44 | 0,73 | -49,3 | ... | -3,5 | -3,6 | -3,4 | 0,58 | -20,5 | -5,6 | -11,8 | -0,4 |
| Véhicule de transport | 1,67 | 0,52 | -68,7 | ... | -5,9 | -6,2 | -5,6 | 0,28 | -46,2 | -14,4 | -53,7 | 0,7 |
| Accident médical/chirurgical | 1,35 | 0,72 | -46,4 | ... | -3,2 | -3,5 | -3,0 | 0,59 | -18,2 | -4,9 | -16,1 | 3,3 |
| Chute | 1,28 | 0,83 | -34,8 | ... | -2,2 | -2,4 | -2,0 | 0,74 | -11,3 | -2,9 | -6,8 | 0,5 |
| Blessure auto-infligée | 1,37 | 0,65 | -52,4 | ... | -3,8 | -4,3 | -3,3 | 0,49 | -25,5 | -7,1 | -13,3 | -1,9 |
| Empoisonnement | 1,33 | 0,66 | -50,2 | ... | -3,6 | -4,1 | -3,1 | 0,51 | -22,9 | -6,3 | -12,3 | -1,3 |
| Infligée intentionnellement par autrui | 1,35 | 0,80 | -40,7 | ... | -2,7 | -3,3 | -2,1 | 0,69 | -14,4 | -3,8 | -12,9 | 3,2 |
| **Hommes** | | | | | | | | | | |
| Blessure non intentionnelle | 1,50 | 0,70 | -53,7 | ... | -4,0 | -4,1 | -3,8 | 0,53 | -24,4 | -6,7 | -14,8 | -0,4 |
| Véhicule de transport | 1,63 | 0,50 | -69,3 | ... | -6,0 | -6,4 | -5,7 | 0,26 | -47,5 | -14,9 | .. | 2,5 |
| Accident médical/chirurgical | 1,37 | 0,75 | -45,3 | ... | -3,1 | -3,5 | -2,8 | 0,62 | -17,5 | -4,7 | -16,0 | 3,6 |
| Chute | 1,32 | 0,81 | -38,5 | ... | -2,5 | -2,8 | -2,2 | 0,71 | -13,2 | -3,5 | -9,0 | 1,3 |
| Blessure auto-infligée | 1,37 | 0,60 | -56,4 | ... | -4,3 | -5,1 | -3,4 | 0,45 | -24,6 | -6,8 | -14,0 | -0,9 |
| Empoisonnement | 1,28 | 0,59 | -54,4 | ... | -4,0 | -5,0 | -3,1 | 0,50 | -14,6 | -3,9 | -11,6 | 2,3 |
| Infligée intentionnellement par autrui | 1,25 | 0,79 | -36,5 | ... | -2,4 | -3,0 | -1,7 | 0,70 | -12,1 | -3,2 | -12,3 | 4,0 |
| **Femmes** | | | | | | | | | | |
| Blessure non intentionnelle | 1,37 | 0,77 | -43,8 | ... | -3,0 | -3,2 | -2,8 | 0,64 | -16,4 | -4,4 | -9,8 | 0,3 |
| Véhicule de transport | 1,72 | 0,56 | -67,7 | ... | -5,8 | -6,3 | -5,3 | 0,31 | -44,0 | -13,5 | -42,5 | 0,2 |
| Accident médical/chirurgical | 1,33 | 0,70 | -47,4 | ... | -3,3 | -3,7 | -3,0 | 0,57 | -19,0 | -5,1 | -17,7 | 3,8 |
| Chute | 1,25 | 0,85 | -31,7 | ... | -2,0 | -2,2 | -1,7 | 0,77 | -9,8 | -2,5 | -6,3 | 0,8 |
| Blessure auto-infligée | 1,37 | 0,68 | -50,0 | ... | -3,6 | -4,2 | -2,9 | 0,51 | -26,0 | -7,2 | -14,7 | -1,3 |
| Empoisonnement | 1,35 | 0,70 | -48,0 | ... | -3,4 | -4,0 | -2,7 | 0,52 | -26,3 | -7,4 | -14,5 | -1,6 |
| Infligée intentionnellement par autrui | 1,85 | 0,84 | -54,5 | ... | -4,1 | -5,6 | -2,5 | 0,94 | 11,8 | 2,8 | -15,4 | 14,6 |

[†] probabilité (test z, bilatéral) que Ln((RRS 2010)/(RRS 1991)) Autochtone = Ln((RRS 2010)/(RRS 1991)) C.-B.
.. non disponible pour la période de référence particulière
... n'ayant pas lieu de figurer
**Sources :** Population Data BC; Medical Services Plan de la Colombie-Britannique

le RRS d'hospitalisation a diminué de 69,1 % chez la population autochtone et de 55,5 % chez la population totale ($p < 0,001$, test bilatéral). La baisse de 65,9 % observée chez les hommes autochtones ne différait pas statistiquement de celle de 60,6 % relevée pour l'ensemble des hommes ($p = 0,103$, test bilatéral). Par contre, la diminution de 73,4 % du RRS d'hospitalisation pour un traumatisme chez les femmes autochtones était significativement plus grande que celle de 48,7 % observée chez les femmes dans la population totale ($p < 0,001$, test bilatéral). Pour les autres catégories de *type* de blessure (empoisonnement, brûlure, et autre), aucun écart matériellement ou statistiquement significatif ne se dégageait entre les populations autochtone et totale en ce qui concerne les variations relatives du RRS d'hospitalisation.

Le tableau 6 donne les variations relatives du RRS d'hospitalisation pour blessure entre 1991 et 2010 chez les populations autochtone et totale de la Colombie-Britannique, selon le sexe et par catégorie principale de *cause* de blessure. Le RRS d'hospitalisation pour blessure toutes *causes* non intentionnelles confondues a diminué de 59,9 % (variation annualisée de -4,7 %; IC à 95 % : -5,4 % à -4,0 %) chez la population autochtone, comparativement à une baisse de 49,3 % (variation annualisée de -3,5 %; IC à 95 % : -3,6 % à -3,4 %) pour la population totale, soit un écart statistiquement significatif ($p = 0,001$, test bilatéral). Chez les hommes autochtones, le RRS toutes *causes* non intentionnelles confondues a diminué de 58,7 %, réduction qui est statistiquement similaire à celle de 53,7 % observée chez les hommes dans la population totale ($p = 0,204$, test bilatéral). En revanche, la baisse de 61,8 % enregistrée chez les femmes autochtones est significativement plus grande que celle de 43,8 % constatée chez les femmes dans la population totale ($p < 0,001$, test bilatéral).

Pour les collisions de véhicules de transport non intentionnelles, le RRS d'hospitalisation pour blessure a baissé de 84,1 % chez la population autochtone, comparativement à 68,7 % pour la population totale ($p < 0,001$, test bilatéral). La diminution chez les hommes autochtones était de 83,2 %, comparativement à 69,3 % chez les hommes dans la population totale ($p = 0,001$, test bilatéral). De même, la diminution de 86,1 % chez les femmes autochtones était considérablement plus élevée que celle de 67,7 % observée chez les femmes dans la population totale ($p = 0,001$, test bilatéral).

Dans le cas des chutes non intentionnelles, la réduction du RRS d'hospitalisation pour blessure chez la population autochtone était de 49,0 %, comparativement à 34,8 % pour la population totale ($p = 0,039$, test bilatéral). Chez les hommes autochtones, la baisse était de 38,9 %, chiffre similaire à la diminution de 38,5 % chez les hommes dans la population totale ($p = 0,969$, test bilatéral). Par contre, chez les femmes autochtones, la baisse de 57,9 % était supérieure à celle de 31,7 % observée chez l'ensemble des femmes ($p = 0,005$, test bilatéral).

La tendance était différente pour les accidents au cours d'actes médicaux ou chirurgicaux. Entre 1991 et 2010, le RRS d'hospitalisation a diminué de 34,1 % chez la population autochtone, comparativement à 46,4 % pour la population totale ($p = 0,181$, test bilatéral). Pour les hommes autochtones, la baisse était de 3,2 %, chiffre bien inférieur à la diminution de 45,3 % observée pour l'ensemble des hommes ($p = 0,011$, test bilatéral). Chez les femmes autochtones, la diminution de 53,9 % était statistiquement semblable à celle de 47,4 % relevée pour l'ensemble des femmes ($p = 0,597$, test bilatéral).

Pour les autres causes de blessure (auto-infligée, empoisonnement auto-infligé, et infligée intentionnellement par autrui), aucun écart matériel ou statistiquement significatif n'a été observé entre les variations relatives du RRS d'hospitalisation chez la population autochtone et la population totale.

Les baisses plus prononcées du RRS d'hospitalisation pour blessure constatées chez la population autochtone ont réduit l'écart entre cette dernière et la population totale de la Colombie-Britannique. Cette situation résulte d'améliorations

## *Ce que l'on sait déjà sur le sujet*

- Des données provenant de divers secteurs de compétence ont montré que les taux de blessure sont plus élevés chez les populations autochtones que chez les populations non autochtones.
- Des comparaisons normalisées selon l'âge et le sexe entre la population autochtone et la population totale du Canada ou d'une province soulèvent la question de savoir quelle part de la différence entre les taux de blessure est due à une proportion plus élevée d'Autochtones résidant dans les régions du Nord, les régions rurales ou les régions éloignées.
- Une étude des décès prématurés chez les Indiens inscrits en Colombie-Britannique a été réalisée en s'appuyant sur le programme d'assurance-maladie universel de la province pour identifier les Autochtones par couplage d'enregistrements en se basant sur la combinaison du groupe de primes d'assurance, du statut d'Indien et des mentions dans les enregistrements de naissance et de décès.

## *Ce qu'apporte l'étude*

- En appliquant la méthode susmentionnée, la présente analyse donne un aperçu des tendances des taux d'hospitalisation pour blessure chez la population autochtone et la population totale de la Colombie-Britannique de 1986 à 2010.
- Les taux d'hospitalisation pour blessure ont été normalisés selon l'âge, le sexe et la région de la province, et tiennent donc compte des effets de la résidence dans le Nord et de l'urbanisation.
- Durant plus de 20 ans, les risques standardisés d'hospitalisation pour blessure ont diminué chez la population autochtone et la population totale de la Colombie-Britannique.
- Des diminutions plus importantes chez la population autochtone laissent entendre que les écarts s'amenuisent.

relativement rapides dans les catégories des traumatismes (femmes), des collisions de véhicules de transport non intentionnelles (hommes et femmes) et des chutes non intentionnelles (femmes).

Les prévisions des RRS pour 2014 présentées dans les tableaux 5 et 6, et calculées d'après la modélisation de séries chronologiques, laissent entendre que les RRS d'hospitalisation toutes blessures confondues et pour la plupart des catégories de blessures diminuent considérablement chez tous les habitants de la Colombie-Britannique, mais particulièrement chez la population autochtone. Néanmoins, les intervalles de confiance à 95 % des prévisions sont larges.

Les résultats de la présente analyse indiquent une amélioration importante des RRS d'hospitalisation pour blessure chez la population autochtone ainsi que la population totale de la Colombie-Britannique au cours des 20 dernières années. En ce qui concerne les principales catégories de blessures, les RRS d'hospitalisation ont diminué plus rapidement pour la population autochtone, ce qui a réduit les écarts par rapport à la population totale de la province et laisse entendre qu'il existe une possibilité d'éliminer les écarts dans l'avenir. En outre, les diminutions étaient plus importantes pour les femmes que pour les hommes autochtones, ce qui a réduit les différences entre les sexes.

## Discussion et limites

Des études menées au Canada[8-15] et dans d'autres pays[1-4] ont révélé des différences de taux de morbidité et de mortalité par blessure entre les populations autochtone et générale. Les résultats de la présente analyse des hospitalisations attribuables à une blessure montrent l'existence d'un écart similaire et corroborent les rapports faisant état d'une diminution des taux de blessures non intentionnelles chez la population générale du Canada au cours de la période allant de 2001 à 2007[17], chez les populations autochtones tout au long des années 1990[18], et chez les enfants autochtones au cours de la période de 2001 à 2006[20]. Les résultats sont aussi en harmonie avec les tendances signalées pour d'autres indicateurs; par exemple, l'écart entre les taux de mortalité infantile chez les Autochtones et les non-Autochtones dans les régions rurales de la Colombie-Britannique a diminué considérablement de 1981 à 2000[28].

La tendance divergente constatée pour les « accidents durant des actes médicaux chirurgicaux » est difficile à interpréter. Le risque de ce genre d'accident est plus élevé chez les Autochtones et, étant donné le risque élevé persistant chez les hommes autochtones, l'écart par rapport à la population générale ne diminue pas. Cela pourrait refléter la nature des blessures et la complexité des soins. Il se pourrait aussi que l'amélioration de l'accès aux soins médicaux augmente effectivement le risque dans cette catégorie. Ces questions devront être examinées plus en profondeur.

Les résultats de la présente analyse doivent être interprétés à la lumière de plusieurs limites. Les dénombrements ne se rapportent pas aux « blessures », mais aux « hospitalisations pour blessure ». Les hospitalisations font partie d'un tableau plus général. Il s'agit d'un type d'utilisation des soins de santé, qui est indicatif du fardeau des blessures, mais est influencé par la disponibilité des lits, les options de soins ambulatoires et communautaires, et les tendances concernant l'exercice de la médecine. Ces facteurs varient selon la région de la province, et les populations autochtone et générale de la Colombie-Britannique diffèrent en ce qui a trait à leur répartition proportionnelle entre les régions. Bien que les RRS aient été normalisés selon la HSDA et tiennent donc compte des effets des facteurs régionaux, il est possible que les conditions dans certaines HSDA puissent affecter différemment la population autochtone et la population générale. En outre, les hospitalisations n'englobent pas toutes les blessures; elles représentent les blessures les plus graves, mais les cas extrêmes qui ont abouti à un décès immédiat ne comportent pas d'hospitalisation. En outre, certaines blessures peuvent nécessiter plus d'une hospitalisation, en raison de leur gravité, de complications ou de la non-disponibilité locale d'un traitement spécialisé.

La définition du terme « autochtone » appliquée dans la présente étude est assez restrictive, car elle est fondée en grande partie sur l'appartenance au groupe 21 de primes du MSP, qui requiert de posséder le statut d'Indien reconnu légalement. Une modification apportée à la *Loi sur les Indiens* en 1985 (projet de loi fédéral C-31, *Loi modifiant la Loi sur les Indiens*[29]) a fait rentrer dans les chiffres de population des Indiens inscrits de nombreuses personnes qui, anciennement, n'étaient pas classées comme des Indiens inscrits. Les effets de cette modification auraient été continus et cumulés au cours de la période couverte par l'analyse (1986 à 2010) et pourraient avoir influé sur la tendance du risque d'hospitalisation pour blessure. Cependant, il ne s'agit pas d'un biais, mais de l'évolution réelle de la population autochtone au cours du temps. Des changements subséquents apportés en 2011 (projet de loi fédéral C-3, *Loi sur l'équité entre les sexes relativement à l'inscription au Registre des Indiens*[30]) n'auraient pas influencé les résultats de la présente étude.

Aucune définition normalisée du terme « autochtone » n'existe aux fins de l'inclusion dans des analyses statistiques. Une autre méthode d'identification de la population autochtone aurait consisté à utiliser le Registre fédéral des Indiens inscrits, mais pour des raisons de protection des renseignements personnels, il n'a pas été possible d'y avoir accès. Un avantage de la définition du terme « autochtone » employée ici, c'est qu'elle est plus susceptible d'inclure les enfants ayant droit au statut d'Indien inscrit en raison du statut de leurs parents, mais qui n'ont pas encore fait la demande d'inscription. Le groupe 21 de primes du MSP englobe les comptes familiaux si l'inscrit principal déclare le statut d'Indien. Même si certaines personnes admissibles dans le groupe 21 de primes du MSP pourraient ne pas s'y joindre si une autre partie paye les primes (p. ex. un employeur), cette situation n'est pas fréquente. En outre, pour les besoins de la présente analyse, les données cou-

plées des certificats de naissance et de décès ont été vérifiées afin de relever les mentions de statut d'Indien. Une étude réalisée par la BC Vital Statistics Agency en appliquant la même méthode, mais en ajoutant les personnes découvertes uniquement dans le registre des Indiens inscrits, a dénombré 151 783 personnes autochtones en Colombie-Britannique en 2002[22], comparativement au chiffre de 135 076 sur lequel est fondée la présente analyse.

Une définition excessivement inclusive aux termes de laquelle seraient comptées comme étant « autochtones » de nombreuses personnes qui ne le sont pas pourrait introduire un biais en faveur de l'hypothèse nulle dans les comparaisons avec la population totale. La définition plus restreinte a été utilisée ici pour protéger la validité interne de l'analyse. En outre, la définition n'est pas restrictive au point de compromettre la capacité de généraliser les résultats à une population autochtone plus largement définie. Dans la présente étude, comme la même définition a été appliquée uniformément pour déterminer le numérateur (nombre d'hospitalisations) et le dénominateur (chiffre de population), les taux calculés ne contiennent pas de biais.

## Mot de la fin

Selon les résultats de la présente étude, au cours des 20 dernières années, les taux d'hospitalisation pour blessure ont baissé chez la population autochtone et la population totale de la Colombie-Britannique, et les écarts entre les deux populations se sont amenuisés. Le RRS d'hospitalisation pour blessure a diminué considérablement pour les deux populations, mais particulièrement pour la population autochtone, ce qui donne à penser qu'il serait possible d'éliminer les écarts dans l'avenir. En outre, les diminutions plus importantes chez les femmes que chez les hommes autochtones ont réduit les écarts entre les sexes. Bien qu'elle ne soit pas exempte de limites, la présente analyse couvre une période plus longue que les études antérieures et emploie des méthodes de mesure améliorées. ■

## Remerciements

Les présents travaux ont été financés par l'Institut de la santé des Autochtones, des Instituts de recherche en santé du Canada [nº de subvention ARH81043]. Un appui salarial pour les auteurs a été fourni par la Région de la Colombie-Britannique, Santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada. Les auteurs remercient Anna Low, Sherylyn Arabsky et Kelly Alke de Population Data BC de leur aide concernant l'accès aux données et le couplage de ces dernières. Ils remercient aussi M. Rod McCormick, Ph.D., de sa participation à la conception de l'étude.

# Références

1. A. MacRae, N. Thomson, C. Potter et Anomie, *Summary of Injury among Indigenous People*, 2013, disponible à l'adresse www.healthinfonet.ecu.edu.au/related-issues/injury/reviews/our-summary
2. K.F. Clapham, M.R. Stevenson et S.K. Lo, « Injury profiles of indigenous and non-indigenous people in New South Wales », *Medical Journal of Australia*, 184(5), 2006, p. 217-220.
3. New Zealand, Ministry of Health, *Tatau Kahukura: Māori Health Chart Book 2010, 2nd Edition*. Wellington: Ministry of Health, 2010, disponible à l'adresse www.health.govt.nz/publication/tatau-kahukura-maori-health-chart-book-2010-2nd-edition
4. M.R. Stevenson, « At risk in two worlds: Injury mortality among indigenous people in the US and Australia, 1990-92 », *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22, 1998, p. 641-644.
5. P. Finès, E. Bougie, L.N. Oliver et D.E. Kohen, « Hospitalisations pour blessures non intentionnelles chez les adultes au Canada, dans les régions ayant un fort pourcentage de résidents d'identité autochtone », *Maladies chroniques et blessures au Canada*, 33(4), 2013, p. 231-246.
6. M. Tjepkema, « Les blessures non mortelles chez les Autochtones », *Rapports sur la santé*, 16(2), 2005, p. 9-24.
7. Y.E. Allard, R. Wilkins et J.M. Berthelot, « Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone », *Rapports sur la santé*, 15(1), 2004, p. 55-66.
8. D. Fantus, B.R. Shah, F. Qiu *et al.*, « Injury in First Nations communities in Ontario », *Canadian Journal of Public Health*, 100(4), 2009, p. 258-262.
9. M.A. George, R. McCormick, C.E. Lalonde *et al.*, « The RISC research project: injury in First Nations communities in British Columbia, Canada », *International Journal of Circumpolar Health*, 72, 2013, p. 211-282.
10. M. Brussoni, A. Jin, M.A. George et C.E. Lalonde, « Aboriginal community-level predictors of injury-related hospitalizations in British Columbia, Canada », *Prevention Science*, 2014, doi:10.1007/s11121-014-0503-1.
11. A. Jin, M.A. George, B. Brussoni et C.E. Lalonde, « Worker compensation injuries among the Aboriginal population of British Columbia, Canada: incidence, annual trends, and ecological analysis of risk markers, 1987-2010 », *BMC Public Health*, 14, 2014, p. 710, doi:10.1186/1471-2458-14-710.
12. British Columbia Office of the Provincial Health Office, *Pathways to Health and Healing, 2nd Report on the Health and Well-being of Aboriginal People in British Columbia*, Provincial Health Officer's Annual Report, 2007.
13. R. Alaghenhbandan, K. Sikdar, D. MacDonald *et al.*, « Unintended injuries among children and adolescents in Aboriginal and non-Aboriginal communities, Newfoundland and Labrador, Canada », *International Journal of Circumpolar Health*, 69(1), 2010, p. 61-71.
14. A.R. Harrop, R.F. Brant, W. Ghali et C. Macarthur, « Injury mortality rates in native and non-native children: a population based study », *Public Health Reports*, 122, 2007, p. 339-346.
15. F.S. Bridges et J.C. Kunselman, « Premature mortality due to suicide, homicide, and motor vehicle accidents in health service delivery areas: comparison of status Indians in British Columbia, Canada, with all other residents », *Psychological Reports*, 97, 2005, p. 739-749.
16. S. Karmali, K. Laupland, A.R. Harrop *et al.*, « Epidemiology of severe trauma among status Aboriginal Canadians: a population-based study », *Canadian Medical Association Journal*, 172(8), 2005, p. 1007-1-11.
17. M.M. Short, C.J. Mushquash et M. Bédard, « Motor vehicle crashes among Canadian Aboriginal people: a review of the literature », *Canadian Journal of Rural Medicine*, 18(3), 2013, p. 86-98.
18. T.A. Chandran, A.A. Hyder et C. Peek-Asa, « The Global Burden of Unintentional Injuries and an Agenda for Progress », *Epidemiologic Reviews*, 32, 2010, p. 110-120.
19. Y. Chen, F. Mo, Q.L. Yi *et al.*, « La mortalité par blessure non intentionnelle et ses causes externes au Canada entre 2001 et 2007 », *Maladies chroniques et blessures au Canada*, 33(2), 2013, p. 110-119.
20. Santé Canada, *Les lésions traumatiques accidentelles et intentionnelles chez les enfants Autochtones au Canada, 1990-1999*, Ottawa, Ministre des Travaux publics et Services des gouvernementaux Canada, 2001.
21. L.N. Oliver et D.E. Kohen, « Hospitalisations d'enfants et de jeunes pour blessure non intentionnelle dans les régions ayant un fort pourcentage de résidents d'identité autochtone, 2001-2002 à 2005-2006 », *Rapports sur la santé*, 23(3), 2012, p. 7-16.
22. M. Tjepkema, R. Wilkins, J. Pennock et N. Goedhuis, « Années potentielles de vie perdues de 25 à 74 ans chez les Indiens inscrits, 1991 à 2001 », *Rapports sur la santé*, 22(1), 2011, p. 27-39.
23. British Columbia Vital Statistics Agency, *Regional Analysis of Health Statistics for Status Indians in British Columbia, 1992-2002. Birth-related and mortality statistics for British Columbia and 16 Health Service Delivery Area*, Victoria, British Columbia, British Columbia Vital Statistics Agency, 2004.
24. British Columbia Ministry of Health, *Medical Services Plan (MSP) Payment Information*, File, 2012, disponible à l'adresse www.popdata.bc.ca/data, document consulté le 28 octobre 2013.
25. British Columbia Ministry of Health, *Discharge Abstract Database (Hospital Separations), 2011*, Data Extract. Victoria, British Columbia, British Columbia Ministry of Health, 2012, disponible à l'adresse www.popdata.bc.ca/data, document consulté le 28 octobre 2013.
26. H.A. Kahn et C.T. Sempos, « *Statistical Methods in Epidemiology* », New York, Oxford, Oxford University Press, 1989, p. 95-105.
27. IBM, *IBM SPSS Forecasting* 19, SPSS Inc. 1989, 2010, disponible à l'adresse https://www.csun.edu/sites/default/files/forecasting19.pdf
28. Z.C. Luo, W.J. Kierans, R. Wilkins *et al.*, « Infant mortality among First Nations versus non-First Nations in British Columbia: temporal trends in rural versus urban areas, 1981-2000 », *International Journal of Epidemiology*, 33, 2004, p. 1252-1259.
29. Affaires autochtones et Développement du Nord Canada, *De quelle façon les nouvelles modifications législatives à la Loi sur les Indiens me concernent-elles?*, disponible à l'adresse https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100032501/1100100032506
30. Affaires autochtones et Développement du Nord Canada, *La Loi sur l'équité entre les sexes relativement à l'inscription au registre des Indiens, 2013*, disponible à l'adresse www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1308068336912/1308068535844

## Annexe

**Tableau A**
**Catégories de blessures établies d'après les codes de la Classification internationale des maladies (CIM)**

| Catégorie de blessure Injury category | Codes de la CIM-9 | Codes de la CIM-10 |
|---|---|---|
| **Types de blessure** | | |
| Toutes blessures confondues | 800-999 | S00-S99, T00-T98 |
| Traumatisme | 800-908, 910-939, 950-959 | S00-S99, T00-T19, T79, T90-T94 |
| Empoisonnement | 909.0, 909.1, 960-989 | T36-T65, T96-T97 |
| Brûlure | 940-949 | T20-T32, T95 |
| Autre | 909.2-909.9, 990-999 | T33-T35, T66-T78, T80-T88, T98 |
| **Causes de blessure** | | |
| Non intentionnelle | E800-E928, E930-E949 | V01-X59, Y40-Y84 |
| Véhicule de transport | E800-E807, E810-E829, E831, E833-E838, E840-E848 | V01-V89, V91, V93-V99 |
| Accident médical/chirurgical | E870-E876, E878-E879, E930-E949 | Y40-Y84 |
| Chute | E880-E888 | W00-W19 |
| Auto-infligée | E950-E958 | X60-X84 |
| Empoisonnement | E950-E952 | X60-X69 |
| Infligée par autrui | E960-E968 | X85-Y09 |